



КОНЦЕПЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ  
ЖІНОК З ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ  
СИНДРОМОМ

Одинець Тетяна<sup>1</sup>, Коломійченко Олег<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Хортицька національна академія

<sup>2</sup>Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний  
університет імені К.Д.Ушинського»

**DOI: 10.32540/2071-1476-2021-3-188**

**Annotations**

**Introduction.** The steady growth in the number of women with breast cancer is evidenced by the data of the National Cancer Registry of Ukraine, according to which 147,192 breast cancer patients were registered in oncological institutions in 2020. Progressive treatment of breast cancer is based on the use of a complex effect that combines radiation therapy, chemotherapy, hormone therapy, immunotherapy, but surgical intervention remains the highest priority today, which together leads to the development of postmastectomy syndrome (PMES). **Hypothesis.** It is assumed that the developed concept of physical rehabilitation will help improve the physical, functional, psychoemotional state of women with postmastectomy syndrome. **Purpose of the study:** theoretical and methodological substantiation of the concept of physical rehabilitation of women with postmastectomy syndrome. **Materials and research methods:** theoretical analysis and generalization of scientific and methodological literature data and the world information network Internet; induction and comparison. **Results.** The concept of physical rehabilitation of women with postmastectomy syndrome is based on personality-oriented variability and purposefulness of means, methods and methodological approaches, provides for the definition, achievement and verification of the goal and is solved by taking into account the factors of selecting the means of the rehabilitation process and the consistent implementation of its structural components. It is based on the identification of patterns, the formulation of principles, the establishment of methodological provisions, contains four interrelated components: fundamental, control and diagnostic, organizational and evaluative, which makes it possible to theoretically substantiate the features of restoring the quality of life, physical, functional and psychoemotional state of women with postmastectomy syndrome on various stages of rehabilitation. **Conclusions.** The concept of physical rehabilitation of women with PMES has been developed and substantiated, which implies a personality-oriented variable part, taking into account the factors of the orientation of the means of the rehabilitation process and the consistent implementation of four components.

**Key words:** breast cancer, principles, patterns, components, means.

**Анотація**

**Вступ.** Про неухильне зростання чисельності жінок, хворих на рак молочної залози, свідчать дані Національного канцер-реєстру України, за даними якого на обліку в онкологічних закладах 2020 року зареєстровано 147192 хворих на рак молочної залози. Прогресивне лікування раку молочної залози засновано на використанні комплексного впливу, який поєднує променеви терапію, хіміотерапію, гормонотерапію, імунотерапію, хірургічний метод втручання, який залишається на сьогодні найпріоритетнішим, що в сукупності призводить до розвитку постмастектомічного синдрому (ПМЕС). **Гіпотеза.** Передбачається,

що розроблена концепція фізичної реабілітації буде сприяти поліпшенню фізичного, функціонального, психоемоційного стану жінок з постмастектомічним синдромом. **Мета дослідження:** теоретико-методологічне обґрунтування концепції фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом. **Матеріал і методи дослідження:** теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури та всесвітньої інформаційної мережі Інтернет; індукція та порівняння. **Результати.** Концепція фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом ґрунтується на особистісно-орієнтованій варіативності й цілеспрямованості засобів, методів і методичних підходів, передбачає визначення, досягнення й перевірку мети та вирішується шляхом урахування чинників формування засобів реабілітаційного процесу та послідовної реалізації її структурних компонентів. Вона заснована на виявленні закономірностей, формулюванні принципів, установленні методичних положень, містить чотири взаємопов'язані між собою компоненти: фундаментальну, контрольну-діагностичну, організаційну та оцінювальну, що дає змогу теоретико-методично обґрунтувати особливості відновлення якості життя, фізичного, функціонального та психоемоційного стану жінок з постмастектомічним синдромом на різних етапах реабілітації. **Висновки.** Розроблено та обґрунтовано концепцію фізичної реабілітації жінок з ПМЕС, що передбачає особистісно-орієнтовану варіативну частину, урахування чинників спрямованості засобів реабілітаційного процесу та послідовну реалізацію чотирьох компонентів.

**Ключові слова:** рак молочної залози, принципи, закономірності, компоненти, засоби.

#### Анотація

**Введение.** О неуклонном росте численности женщин, больных раком молочной железы, свидетельствуют данные Национального канцер-реестра Украины, по данным которого на учете в онкологических учреждениях 2020 года зарегистрировано 147192 больных раком молочной железы. Прогрессивное лечение рака молочной железы основано на использовании комплексного воздействия, которое сочетает лучевую терапию, химиотерапию, гормонотерапию, иммунотерапию, хирургический метод вмешательства, который остается на сегодня самым приоритетным, что в совокупности приводит к развитию постмастэктомического синдрома (ПМЭС). **Гипотеза.** Предполагается, что разработанная концепция физической реабилитации будет способствовать улучшению физического, функционального, психоэмоционального состояния женщин с постмастэктомическим синдромом. **Цель исследования:** теоретико-методологическое обоснование концепции физической реабилитации женщин с постмастэктомическим синдромом. **Материал и методы исследования:** теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы и всемирной информационной сети Интернет; индукция и сравнение. **Результаты.** Концепция физической реабилитации женщин с постмастэктомическим синдромом основывается на личностно-ориентированной вариативности и целеустремленности средств, методов и методических подходов, предусматривает определение, достижение и проверку цели и решается путем учета факторов подбора средств реабилитационного процесса и последовательной реализации ее структурных компонентов. Она основана на выявлении закономерностей, формулировке принципов, установлении методических положений, содержит четыре взаимосвязанные между собой компоненты: фундаментальную, контрольно-диагностическую, организационную и оценочную, что позволяет теоретически обосновать особенности восстановления качества жизни, физического, функционального и психоэмоционального состояния женщин с постмастэктомическим синдромом на различных этапах реабилитации. **Выводы.** Разработана и обоснована концепция физической реабилитации женщин с ПМЭС, что предполагает личностно-ориентированную вариативную часть, учет факторов направленности средств реабилитационного процесса и последовательную реализацию четырех компонентов.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, принципы, закономірності, компоненти, средства.

**Вступ.** Про неухильне зростання чисельності жінок, хворих на рак молочної залози, свідчать дані Національного канцер-реєстру України (Федоренко та ін., 2020), за даними якого на облік у онкологічних закладах 2020 року зареєстровано 147192 хворі на рак молочної залози. Значні показники смертності серед жінок

за 2019 рік відзначені у вікових групах 55-59 років (49,7 на 100 тис. населення), 60-64 років (62,2 на 100 тис. населення) та 65-69 роки (78,5 на 100 тис. населення). Прогресивне лікування раку молочної залози засновано на використанні комплексного впливу, який поєднує променеву терапію, хіміотерапію, гормонотерапію,

імунотерапію, хірургічний метод втручання, який залишається на сьогодні найпріоритетнішим (Maughan, 2010; De Groef, 2015; Gallagher, 2018; Olsson Möller, 2019), що в сукупності призводить до розвитку постмастектомічного синдрому (ПМЕС).

У рандомізованих дослідженнях (Ochalek, 2017; Carson, 2017)

доведено доцільність раннього виявлення та постійного моніторингу цих порушень для вчасного подолання негативних функціональних розладів та поліпшення якості життя жінок з постмастектомічним синдромом на всіх етапах реабілітації.

З урахуванням варіативності симптомів постмастектомічного синдрому та відсутності прийомів їх ефективного подолання постає важлива науково-прикладна проблема розроблення концепції фізичної реабілітації жінок з ПМЕС.

Переважає більшість розроблених програм фізичної реабілітації зорієнтована на застосування йоги (Loudon, 2016; Wei, 2019; OdyneTs, 2021), міофасціальних технік (De Groef, 2015); пневматичної компресії (Ochalek, 2017); аеробних вправ (Anulika, 2015; Travier, 2015; OdyneTs T, 2019; Okumatsu, 2019); інтегративних технік (Travier, 2015; Gudenkauf, 2015; Heather Greenlee, 2017; Maindet, 2019) як головних чинників у запобіганні або лікуванні лімфостазу, контрактури плечового суглоба, зменшення втоми, болю, нормалізації психоемоційних порушень та якості життя.

Таким чином, теоретичний аналіз наукових праць дає змогу стверджувати, що проблема фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом майже не розв'язана, а накопичений досвід наукового знання не об'єднаний у цілісну систему, оскільки цьому перешкоджає низка протиріч:

- між збільшенням тривалості життя жінок, хворих на рак молочної залози, та відсутністю науково обґрунтованих програм поліпшення його якості;

- між застосуванням новітніх технологій лікування раку молочної залози та залишенням поза увагою онкологів низки функціональних, фізичних та психологічних розладів, що зумовлені проведенням ефективного агресивного

протипухлинного лікування;

- між теоретичним визнанням необхідності застосування мультидисциплінарного підходу в реабілітації жінок означеної нозології та його практичною реалізацією;

- між законодавчо-нормативними стандартами, що визнають необхідність отримання реабілітаційної допомоги жінкам та відсутністю механізмів упровадження їх фізичної реабілітації в діяльність онкологічних диспансерів;

- між варіативністю проявів постмастектомічного синдрому та необхідністю створення диференційованих програм фізичної реабілітації;

- між удосконаленням медичних стандартів, клінічних протоколів лікування раку молочної залози та відсутністю стандарту надання фізичної реабілітації жінкам з постмастектомічним синдромом;

- між потребою підвищення ефективності фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом та відсутністю теоретико-методологічного обґрунтування цього процесу.

З огляду на зазначене постає актуальна науково-прикладна проблема створення концепції фізичної реабілітації жінок з ПМЕС, що має істотне значення для жіночого населення нашої країни.

**Гіпотеза.** Передбачається, що розроблена концепція фізичної реабілітації буде сприяти поліпшенню фізичного, функціонального, психоемоційного стану жінок з постмастектомічним синдромом.

**Мета дослідження:** теоретико-методологічне обґрунтування концепції фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом.

**Матеріал і методи дослідження:** теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури та всесвітньої інформаційної мережі Інтер-

нет; індукція та порівняння.

**Результати дослідження.** Розроблено та обґрунтовано концепцію фізичної реабілітації жінок з ПМЕС, що передбачає особистісно-орієнтовану варіативну частину, урахування чинників спрямованості засобів реабілітаційного процесу та послідовну реалізацію чотирьох компонентів. Усі структурні компоненти концепції (рис. 1) взаємопов'язані між собою та мають своє змістовне та функціональне призначення: фундаментальна компонента концепції відображає методичні положення, а також закономірності, що лежать в основі базових та реалізаційних принципів; контрольно-діагностична – визначення реабілітаційної необхідності, потенціалу; організаційна – етапність та практичну реалізацію надання реабілітаційної допомоги, послідовну сукупність завдань, засобів і методів для їх вирішення; оцінювальна – ефективність впливу розроблених програм фізичної реабілітації та внесення в них коректив (у разі потреби).

Вивчення об'єктивних закономірностей формування, розвитку та наслідків постмастектомічного синдрому, що зумовлюють ефективність надання реабілітаційної допомоги, є необхідною підставою для визначення принципів, реалізація яких також сприятиме досягненню поставленої мети. Ми виявили такі закономірності: варіативність проявів постмастектомічного синдрому, етапність формування постмастектомічного синдрому, прогресування постмастектомічного синдрому та супутніх захворювань, соціальну дезінтеграцію, взаємодію фахівців медичного, педагогічного та психологічного профілів, активну участь пацієнтки в реабілітаційному процесі, специфіку фізіологічної адаптації, активізацію адаптивного потенціалу, обмеженість функціональних резервів, взаємозв'язок фізичних, функціональних, психоемоційних пору-

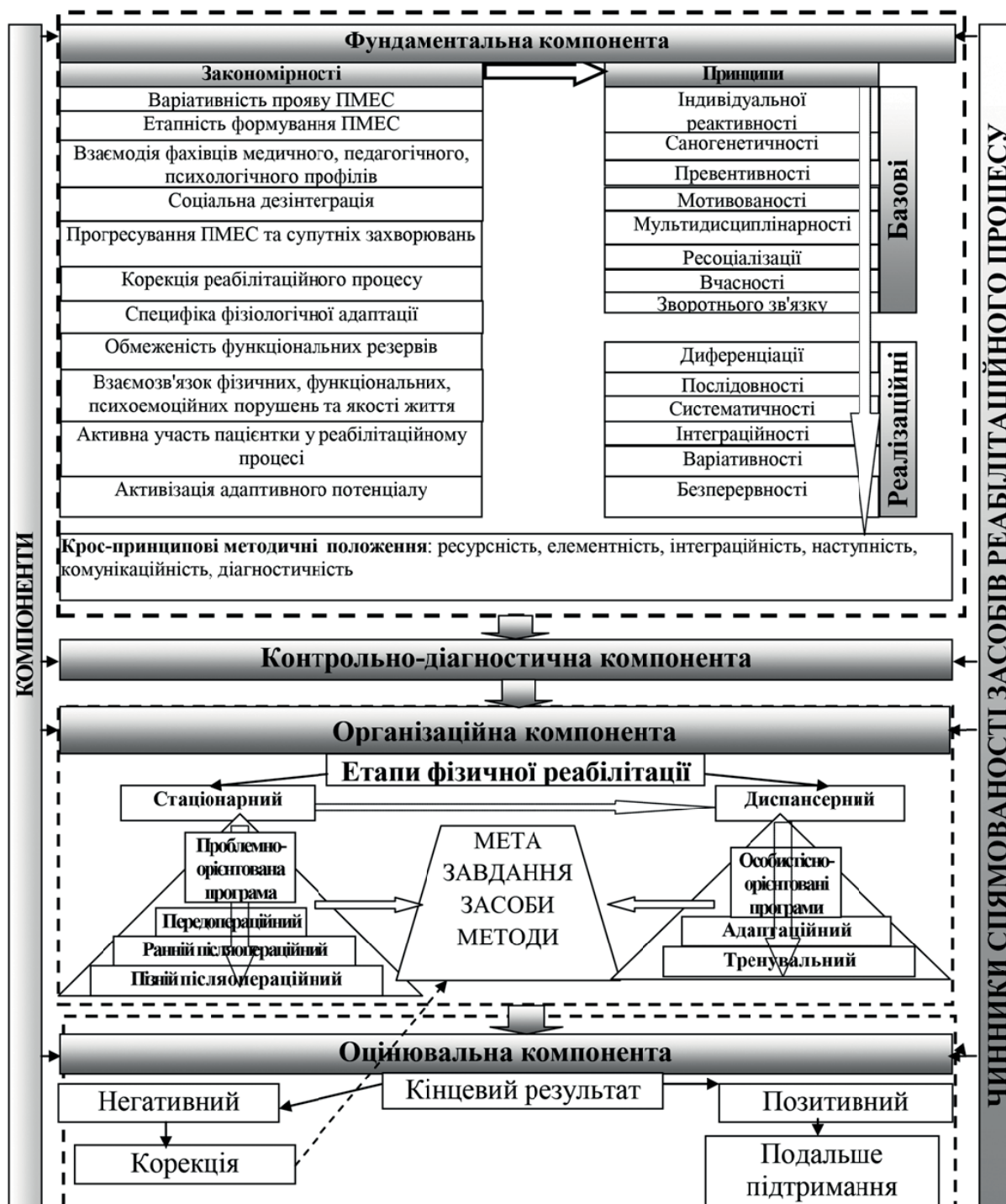


Рис. 1. Концепція фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом

шень та якості життя, корекцію реабілітаційного процесу.

1. Варіативність проявів постмастектомічного синдрому.

За сучасними уявленнями клінічна картина постмастектомічного синдрому характеризується

значним поліморфізмом симптомів, що містить набряк м'язів тканин з боку операції, обмеження амплітуди активних і пасивних рухів кінцівки в плечовому суглобі, зниження м'язової сили, порушення чутливості та робо-

ти кардіореспіраторної системи, плексити, функціональні біомеханічні та вегетативно-трофічні, психоемоційні розлади, зниження якості життя. У більшості жінок всі зазначені прояви постмастектомічного синдрому трапляються

в комплексі, що потребує мультидисциплінарного підходу в процесі фізичної реабілітації із залученням онкологів, реабілітологів, хірургів, кардіологів, соціологів, невропатологів, психо-, фізіо-, ерго- та мануальних терапевтів.

2. Етапність формування постмастектомічного синдрому.

Ознаки постмастектомічного синдрому з'являються в різні часові інтервали. Ранні ознаки виникають відразу після хірургічного лікування раку молочної залози та мають посттравматичний характер; прояви пізніх ознак, таких як лімфостаз, фіброз м'яких тканин, контрактури плечового суглоба тощо, можуть виникнути в період від одного місяця до 1,5 року. Саме тому важливого значення набуває ліквідація ранніх ознак чи вживання превентивних заходів щодо запобігання їх подальшого прогресування, визначення факторів ризику розвитку пізніх ускладнень.

3. Прогресування постмастектомічного синдрому та супутніх захворювань.

Формування та розвиток постмастектомічного синдрому залучає до патологічного процесу різні функціональні системи організму, а динаміка антропометричних, клінічних, функціональних та психоемоційних параметрів свідчить про його ускладнення в міру подовження післяопераційного періоду. З часом ранні ознаки постмастектомічного синдрому мають схильність до прогресування та переходу в хронічний стан, що потребує раннього втручання для найшвидшої їх ліквідації чи зменшення прояву та поліпшення якості життя.

4. Соціальна дезінтеграція.

Для більшості жінок діагноз "рак молочної залози" та проведене лікування руйнує звичну модель життєдіяльності, сприяє порушенню встановлених раніше соціальних зв'язків і відносин, що вимагає від жінки не тільки адаптації до нових умов життя, а

й необхідності відновлення втрачених соціальних позицій.

5. Взаємодія фахівців медичного, педагогічного та психологічного профілів.

Ліквідація постмастектомічних наслідків у жінок, що пройшли чи проходять лікування раку молочної залози, повинна відбуватися за умови активної співпраці фахівців різного профілю як під час перебування пацієнток на стаціонарному, так і на диспансерному етапах реабілітації, що надасть можливість оптимізувати процес діагностики, лікування й реабілітації та поліпшити їх функціональний, фізичний і психоемоційний стан. Провідну роль у забезпеченні якісного мультидисциплінарного підходу повинен відігравати саме реабілітолог, адже він формує комплексну реабілітаційну програму на підставі систематизації отриманих даних від фахівців різного профілю.

6. Активна участь пацієнтки в реабілітаційному процесі.

Під час реалізації розробленої реабілітаційної програми та отримання позитивного результату від неї фахівець з фізичної реабілітації зобов'язаний створити оптимальні умови для максимального формування в жінки мотивації щодо необхідності її активної участі в реабілітаційному процесі, налаштувати на одужання, створити сприятливе емоційне тло занять, налагодити плідну співпрацю з її соціальним оточенням.

7. Специфіка фізіологічної адаптації.

Для активізації компенсаторних механізмів потрібно добирати фізичне навантаження, що відповідає функціональним можливостям пацієнтки та супроводжується адекватними змінами в організмі, адже застосування як надмірного, так і недостатнього навантаження буде неприйнятним. Під час розроблення та реалізації програми фізичної реабілітації потрібно досягти опти-

мального стану жінок при мінімальних енергетичних затратах та створити умови для реалізації наявного адаптивного потенціалу.

8. Активізація адаптивного потенціалу.

Пріоритетною метою фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом є саме вдосконалити компенсаторно-приспосувальні можливості організму за рахунок розширення їхнього функціонального резерву. Водночас під час розширення функціонального резерву потрібно, щоб застосовані засоби фізичної реабілітації не сприяли морфологічним змінам у системах, що виходять за рамки раціональної адаптації, а також переходу організму в стадію дезадаптації. Таким чином, для успішної реалізації адаптивного потенціалу потрібно, щоб характер і обсяг навантаження відповідали фізіологічним можливостям жінки та неодмінно супроводжувалися дотриманням усіх реалізаційних принципів.

9. Обмеженість функціональних резервів.

Стан жінки з постмастектомічним синдромом на підставі систематизації даних первинного обстеження свідчить про значну обмеженість використання функціональних резервів та потребує чіткого і своєчасного контролю за змінами в організмі, що відбуваються унаслідок фізичного навантаження, а також диференційованого добору засобів для уникнення перенапруження й забезпечення адекватної довготривалої адаптації.

10. Взаємозв'язок фізичних, функціональних, психоемоційних порушень та якості життя.

Проведений кореляційний аналіз вихідних фізичних, функціональних, психоемоційних показників та якості життя свідчить про наявність взаємозв'язку між ними, що вимагає пильної уваги з боку реабілітолога під час розроблення програм з фізичної реабілітації,

адже потрібно застосовувати інтеграційний вплив на всі виявлені порушення для отримання позитивного ефекту від занять.

11. Корекція реабілітаційного процесу.

Для забезпечення якісної реалізації програми фізичної реабілітації потрібно систематично оцінювати ефективність та адекватність застосованих засобів шляхом виконання оперативного, поточного та етапного контролю, що дозволить враховувати індивідуальну реакцію на фізичне навантаження як відразу після його виконання, так і для визначення сумарного віддаленого ефекту та вносити корективи (у разі потреби) у розроблену програму.

Теоретичне узагальнення значених закономірностей дало змогу сформулювати такі базові принципи: індивідуальну реактивність, саногенетичність, превентивність, мотивованість, мультидисциплінарність, ресоціалізацію, вчасність, зворотний зв'язок, особистісну орієнтованість.

Індивідуальна реактивність ураховує особливості реакції організму жінки змінами своєї життєдіяльності на вплив навколишнього середовища, яким є саме виконання комбінованого чи комплексного лікування раку молочної залози, а ті зміни – індивідуальні прояви постмастектомічного синдрому; саногенетичність обґрунтовується необхідністю розпочати процес реабілітації одразу після проведеного хірургічного лікування, адже розгортання саногенетичних механізмів починається вже на стадії реалізації патогенезу постмастектомічних ускладнень та від їх ефективності залежатиме успішність подолання негативних наслідків лікування; превентивність полягає в тому, щоб застосовані реабілітаційні заходи мали випереджувальний характер, запобігали проявам пізніх ускладнень та забезпечували сприятливі умови для розвитку компенсаторних процесів; моти-

вованість передбачає формування в жінки свідомого й активного ставлення та зацікавленості щодо участі в реабілітаційному процесі та потреби подальшого застосування заходів фізичної реабілітації для зменшення чи профілактики загострення проявів ПМЕС; мультидисциплінарність передбачає залучення спеціалістів для отримання найкращого результату під час ліквідації постмастектомічних ускладнень; ресоціалізація сприяє подоланню ізоляції жінок, розширенню їхніх контактів, поверненню соціально-побутової діяльності та відновленню соціального статусу жінок, тобто можливості виконувати свої функції в суспільстві в межах наявного захворювання; вчасність передбачає своєчасне застосування засобів реабілітації як для ліквідації основного патологічного стану, так і супутніх захворювань для забезпечення більш потужної мобілізації саногенетичних механізмів, що забезпечують швидке подолання ПМЕС та повернення до соціально корисної праці; зворотний зв'язок передбачає обов'язкове врахування індивідуальної реакції організму на застосовані засоби фізичної реабілітації, щоб надалі вносити корективи (у разі потреби) в реабілітаційну програму; особистісна орієнтованість передбачає врахування власних побажань та заохочень щодо вибору занять за певною програмою фізичної реабілітації.

Окрім цього, для успішного розв'язання поставлених завдань потрібно дотримуватися певних реалізаційних принципів. Диференціація реабілітаційного процесу повинна відбуватися залежно від типу оперативного втручання, загального стану жінки, віку, терміну після операції, післяопераційних ускладнень і наслідків, рівня фізичного стану, побажань пацієнток, факторів результативності на всіх етапах відновного процесу; послідовність

передбачає поступове збільшення обсягу та інтенсивності фізичного навантаження відповідно до рівня фізичного стану жінки та етапу реабілітації; систематичність застосування адекватних засобів фізичної реабілітації для подолання ранніх і пізніх проявів ПМЕС обґрунтовується тим, що для формування тривалих адаптаційних зрушень в організмі жінки потрібно, щоб величина фізичного навантаження перевищувала пороговий рівень, який є індивідуальним для кожної пацієнтки; етапність полягає в застосуванні реабілітаційних заходів відповідно до терміну, що минув після оперативного втручання; інтеграційність передбачає раціональне поєднання найбільш доцільних засобів фізичної реабілітації для поліпшення фізичного, функціонального, психоемоційного стану та якості життя жінок із ПМЕС з урахуванням їх механізму дії; варіативність застосованих засобів необхідна для розширення адаптаційних можливостей жінки та нормалізації психоемоційного стану; безперервність обґрунтовується необхідністю застосування на всіх етапах відновлювального періоду (починаючи на стаціонарному та продовжуючи на диспансерному).

Кожен із базових та реалізаційних принципів є узагальненням більшості встановлених закономірностей, що потрібно враховувати під час процесної частини реабілітації для успішного досягнення мети.

Сформульовані базові та реалізаційні принципи відображено в крос-принципових методичних положеннях концепції: ресурсність передбачає систематизацію засобів, методів і форм фізичної реабілітації, що дають можливість реалізувати мету та завдання відповідно до кожного етапу реабілітації; елементність передбачає встановлення пріоритетних чинників, що визначають спрямованість програм фізичної реабілі-

тації; інтеграційність характеризує об'єднання найдоцільніших засобів і методів фізичної реабілітації на кожному з етапів відновного процесу (стаціонарного та диспансерного), а також зумовлює необхідність їх логічного переходу та взаємозв'язку; наступність (спадкоємність), заснована на поступовому розширенні рухового режиму жінок з постмастектомічним синдромом, збільшенні кількості та складності застосованих вправ від стаціонарного до диспансерного етапів реабілітації; комунікаційність передбачає виявлення взаємозв'язку хворих з навколишнім середовищем та його адаптацію до нових умов життя, здатність до виконання соціальних функцій та професійної діяльності; діагностичність заснована на визначенні ефективності засобів реабілітації щодо подолання ПМЕС на стаціонарному та диспансерному етапах відновлення за допомогою різних видів контролю (оперативного, поточного й етапного) та передбачення перспектив поліпшення функцій.

Крос-принципові методичні положення стали підставою для розроблення контрольної-діагностичної та організаційної компоненти фізичної реабілітації.

Контрольно-діагностична компонента передбачає реалізацію об'єктивних інформативних методів діагностики функціонального та психоемоційного стану, що є підґрунтям для розроблення та реалізації диференційованих програм фізичної реабілітації. Алгоритм реабілітаційного обстеження передбачає послідовне застосування трьох взаємопов'язаних блоків: констатувального, оцінювального та програмного. Констатувальний блок передбачає збір клінічних даних, що містить анамнез (аналіз історії хвороби, отримання суб'єктивної інформації зі слів жінки), огляд, пальпацію; оцінювальний – нагромадження

об'єктивних даних для оцінювання психоемоційного стану та якості життя, функціонального стану опорно-рухового апарату, кардіореспіраторної та вегетативної систем, а також фізичного стану шляхом застосування сучасних інформативних інструментальних методів дослідження; програмний – визначення реабілітаційної необхідності, подальшої стратегії планування та реалізації програми фізичної реабілітації. Попереднє оцінювання має бути комплексним та передбачати активну участь самої жінки в ньому для отримання цілісної картини ПМЕС. Реалізація реабілітаційної стратегії має бути науково обґрунтована та мати логічну послідовність досягнення поставленої мети, розв'язання коротко- та довготермінових завдань, що сприяють поліпшенню функціонального та психоемоційного стану жінок. Отримані дані під час обстеження потрібно якісно інтерпретувати, а також скласти реабілітаційний прогноз для визначення максимально можливого усунення ознак постмастектомічного синдрому, а також термінів їх подолання. Під час реалізації реабілітаційної стратегії важливого значення набуває саме постійний моніторинг функціонального та психоемоційного станів, що дозволить вчасно коригувати програму реабілітації.

Організаційна компонента. Успішне досягнення мети повинно забезпечуватися добре організованою поетапною побудовою реабілітаційного процесу. Організаційна компонента фізичної реабілітації складалася з двох етапів: стаціонарного (перебування пацієнтки у відділенні патології молочної залози, де відбувалося лікування та реабілітація в плановому порядку), що поділявся на передопераційний, ранній післяопераційний і пізній, а також диспансерний (після виписки зі стаціонару), що складався з адаптаційного і тренувального. Відпо-

відно до кожного етапу реабілітації виокремлено завдання, засоби та методи фізичної реабілітації, які в кожному наступному періоді доповнюються з попереднього, що уможливорює повну їх реалізацію та досягнення мети. Підґрунтя для виокремлення завдань фізичної реабілітації повинні становити як особистісні вподобання жінки, так і виявлені порушення з боку різних систем.

Оцінювальна компонента. Важливим елементом концепції є правильне оцінювання досягнутих у процесі реабілітації результатів, адже отримання певних зрушень можливе лише на деякий час, і у разі відсутності подальших превентивних заходів відбувається прогресування чи загострення раніше усунутих ускладнень. Найдоцільнішим, на наш погляд, є проведення трьох видів контролю: оперативного, поточного та етапного. Оперативний контроль здійснюється перед, під час та після заняття; поточний проводиться для виявлення рівня досягнення поставлених завдань, а також для корекції програми фізичної реабілітації у разі потреби; етапний відбувається для визначення ефективності впровадження розробленої програми фізичної реабілітації наприкінці стаціонарного етапу, через 6 та 12 місяців від початку диспансерного етапу реабілітації.

Кінцевим результатом, згідно з нашою концепцією, є подолання функціональних, психоемоційних порушень та поліпшення якості життя жінок з ПМЕС.

**Висновки.** Розроблено та обґрунтовано концепцію фізичної реабілітації жінок з ПМЕС, що передбачає особистісно-орієнтовану варіативну частину, урахування чинників спрямованості засобів реабілітаційного процесу та послідовну реалізацію чотирьох компонентів.

**Вдячності.** Дослідження проводяться згідно теми науково-дослідної роботи Львівського дер-

жавного університету фізичної культури «Основи фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом» на 2016-2020 рр. (номер державної реєстрації

0115U007008)».

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють, що не існує будь-якого конфлікту інтересів.

**Перспективи подальших до-**

**сліджень** передбачають визначення ефективності реалізаційних положень концепції на якість життя жінок з постмастектомічним синдромом.

### Література

1. Одинець Т.Є. Фізична реабілітація жінок з постмастектомічним синдромом: монографія. Львів: ЛДУФК, 2017. 400 с.
2. Федоренко З.П., Михайлович Ю.Й., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Рижов А.Ю., Сумкіна О.В., Куценко Л.Б. Рак в Україні 2018–2019. Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2020. № 21. 125 с.
3. Anulika Aweto H., Akinbo S.R., Olawale O.A. Effects of combined aerobic and stretching exercises on the cardiopulmonary parameters of premenopausal and postmenopausal breast cancer survivors. *Af J PhysRehab Sci.* 2015. 25(3). P.177–183.
4. Carson J.W., Carson K.M., Olsen M.K., Sanders L., Porter L.S. Mindful Yoga for women with metastatic breast cancer: Design of a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med.* 2017. № 17. P.153. doi: 10.1186/s12906-017-1672-9
5. De Groef A., Van Kampen M., Dieltjens E., et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015. Vol. 96 (6). P. 1140-1153. doi:10.1016/j.apmr.2015.01.006
6. De Groef A., Van Kampen M., Verlvoesem N. Effect of myofascial techniques for treatment of upper limb dysfunctions in breast cancer survivors: randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017. Vol. 25(7). P. 2119-2127. doi:10.1007/s00520-017-3616-9.
7. Gallagher K., Marulanda K., Gray S. Surgical Intervention for Lymphedema. *Surg Oncol Clin N Am.* 2018. Vol. 27 (1). P. 195-15. doi: 10.1016/j.soc.2017.08.001.
8. Gudenkauf L.M., Antoni M.H., Stagl J.M., Lechner S.C., Jutagir D.R., Bouchard L.C., Blomberg B.B. Brief cognitive behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A Randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015. Vol. 83 (4). P. 677-88. doi: 10.1037/ccp0000020
9. Heather Greenlee, Melissa J. DuPont-Reyes, Lynda G. Balneaves, Linda E. Carlson, Misha R. Cohen, Gary Deng, Jillian A. Johnson, Matthew Mumber, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and following breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2017. Vol. 67 (3). P. 194-232.

### References

1. Odynets T.Ie. Fizychna reabilitatsiia zhinok z postmastektomichnym syndromom: monohrafia [Physical rehabilitation of women with postmastectomy syndrome:]. Lviv: LDUFK; 2017. 400 s. (in Ukrainian)
2. Fedorenko ZP, Mykhailovych YuI, Hulak LO, Horokh YeL, Ryzhov AIu, Sumkina OV, Kutsenko LB. Rak v Ukraini 2018–2019 [Cancer in Ukraine 2018–2019.]. *Biuletyn natsionalnoho kantser-reiestru Ukrainy.* 2020;21:125 s. (in Ukrainian)
3. Anulika Aweto H., Akinbo S.R., Olawale O.A. Effects of combined aerobic and stretching exercises on the cardiopulmonary parameters of premenopausal and postmenopausal breast cancer survivors. *Af J PhysRehab Sci.* 2015. 25(3). P.177–183.
4. Carson J.W., Carson K.M., Olsen M.K., Sanders L., Porter L.S. Mindful Yoga for women with metastatic breast cancer: Design of a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med.* 2017. № 17. P.153. doi: 10.1186/s12906-017-1672-9
5. De Groef A., Van Kampen M., Dieltjens E., et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015. Vol. 96 (6). P. 1140-1153. doi:10.1016/j.apmr.2015.01.006
6. De Groef A., Van Kampen M., Verlvoesem N. Effect of myofascial techniques for treatment of upper limb dysfunctions in breast cancer survivors: randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017. Vol. 25(7). P. 2119-2127. doi:10.1007/s00520-017-3616-9.
7. Gallagher K., Marulanda K., Gray S. Surgical Intervention for Lymphedema. *Surg Oncol Clin N Am.* 2018. Vol. 27 (1). P. 195-15. doi: 10.1016/j.soc.2017.08.001.
8. Gudenkauf L.M., Antoni M.H., Stagl J.M., Lechner S.C., Jutagir D.R., Bouchard L.C., Blomberg B.B. Brief cognitive behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A Randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015. Vol. 83 (4). P. 677-88. doi: 10.1037/ccp0000020
9. Heather Greenlee, Melissa J. DuPont-Reyes, Lynda G. Balneaves, Linda E. Carlson, Misha R. Cohen, Gary Deng, Jillian A. Johnson, Matthew Mumber, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and fol-



10. Loudon A., Barnett T., Piller N., Immink M.A., Visentin D., Williams A.D. The effects of yoga on shoulder and spinal actions for women with breast cancer-related lymphoedema of the arm: A randomised controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med.* 2016. Vol. 16. P. 343. doi: 10.1186/s12906-016-1330-7.
11. Maindet C., Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2019. Vol. 27(8). P. 3119-3132. doi: 10.1007/s00520-019-04829-7.
12. Maughan K.L., Lutterbie M.A., Ham P.S. Treatment of breast cancer. *Am Fam Physician.* 2010. Vol. 81(11). P. 1339-1346.
13. Ochalek K, Gradalski T, Partsch H. Preventing Early Postoperative Arm Swelling and Lymphedema Manifestation by Compression Sleeves After Axillary Lymph Node Interventions in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage.* 2017. Vol. 54(3). P. 346-54. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.04.014.
14. Odynets T, Briskin Y, Dolinsky B, Todorova V, Vindiuk P, Yefremova A et al. The effect of hatha yoga on range of motion and strength in patients with breast cancer. *Physiotherapy Quarterly.* 2021. Vol. 29 (1). P. 56-60. doi:10.5114/pq.2020.99755.
15. Odynets T., Briskin Y., Pityn M. Effect of individualized physical rehabilitation programs on respiratory function in women with post-mastectomy syndrome. *Physiother Theory Pract.* 2019. Vol. 35(5). P. 419–426. doi: 10.1080/09593 985.2018.1444117.
16. Odynets T., Briskin Y. Effect of individualised physical rehabilitation programmes on the functional state of the cardiovascular system in women with post-mastectomy syndrome. *Int J Ther Rehabil.* 2019. Vol. 26(2). P.1–10. doi: 10.12968.ijtr.2018.0003.
17. Okumatsu K., Tsujimoto T., Wakaba K., Seki A., Kotake R., Yamauchi T., Hirayama S., Kobayashi H., Yamauchi H., Tanaka K. Effects of a combined exercise plus diet program on cardiorespiratory fitness of breast cancer patients. *Breast Cancer.* 2019. Vol. 26(1). P. 65-71. doi: 10.1007/s12282-018-0889-x.
18. Olsson Möller U., Beck I., Rydén L., Malmström M. A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer.* 2019. Vol. 19(1). P.472. doi: 10.1186/s12885-019-5648-7.
19. Travier N., Velthuis M.J., Steins Bisschop C.N., van den Buijs B., Monninkhof E.M., Backx F., Los M.. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. *CA Cancer J Clin.* 2017. Vol. 67 (3). P. 194-232.
10. Loudon A., Barnett T., Piller N., Immink M.A., Visentin D., Williams A.D. The effects of yoga on shoulder and spinal actions for women with breast cancer-related lymphoedema of the arm: A randomised controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med.* 2016. Vol. 16. P. 343. doi: 10.1186/s12906-016-1330-7.
11. Maindet C., Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2019. Vol. 27(8). P. 3119-3132. doi: 10.1007/s00520-019-04829-7.
12. Maughan K.L., Lutterbie M.A., Ham P.S. Treatment of breast cancer. *Am Fam Physician.* 2010. Vol. 81(11). P. 1339-1346.
13. Ochalek K, Gradalski T, Partsch H. Preventing Early Postoperative Arm Swelling and Lymphedema Manifestation by Compression Sleeves After Axillary Lymph Node Interventions in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage.* 2017. Vol. 54(3). P. 346-54. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.04.014.
14. Odynets T, Briskin Y, Dolinsky B, Todorova V, Vindiuk P, Yefremova A et al. The effect of hatha yoga on range of motion and strength in patients with breast cancer. *Physiotherapy Quarterly.* 2021. Vol. 29 (1). P. 56-60. doi:10.5114/pq.2020.99755.
15. Odynets T., Briskin Y., Pityn M. Effect of individualized physical rehabilitation programs on respiratory function in women with post-mastectomy syndrome. *Physiother Theory Pract.* 2019. Vol. 35(5). P. 419–426. doi: 10.1080/09593 985.2018.1444117.
16. Odynets T., Briskin Y. Effect of individualised physical rehabilitation programmes on the functional state of the cardiovascular system in women with post-mastectomy syndrome. *Int J Ther Rehabil.* 2019. Vol. 26(2). P.1–10. doi: 10.12968.ijtr.2018.0003.
17. Okumatsu K., Tsujimoto T., Wakaba K., Seki A., Kotake R., Yamauchi T., Hirayama S., Kobayashi H., Yamauchi H., Tanaka K. Effects of a combined exercise plus diet program on cardiorespiratory fitness of breast cancer patients. *Breast Cancer.* 2019. Vol. 26(1). P. 65-71. doi: 10.1007/s12282-018-0889-x.
18. Olsson Möller U., Beck I., Rydén L., Malmström M. A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment - a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer.* 2019. Vol. 19(1). P.472. doi: 10.1186/s12885-019-5648-7.
19. Travier N., Velthuis M.J., Steins Bisschop C.N., van den Buijs B., Monninkhof E.M., Backx F., Los M.. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. *CA Cancer J Clin.* 2017. Vol. 67 (3). P. 194-232.

- domised controlled trial. BMC Med. 2015. Vol. 13. P.121. doi: 10.1186/s12916-015-0362-z.
20. Wei C.W., Wu Y.C., Chen P.Y., Chen P.E., Chi C.C., Tung T.H. Effectiveness of Yoga Interventions in Breast Cancer-Related lymphedema: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. 2019. Vol. 36. P. 49-55. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.05.004.
21. Xie Y., Collins W.J., Audeh M.W., Shiao S.L., Gottlieb R.A., Goodman M.T., Merz C.N., Mehta P.K. Breast Cancer Survivorship and Cardiovascular Disease: Emerging Approaches in Cardio-Oncology. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2015. Vol. 12. P. 60.
- M. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. BMC Med. 2015. Vol. 13. P.121. doi: 10.1186/s12916-015-0362-z.
20. Wei C.W., Wu Y.C., Chen P.Y., Chen P.E., Chi C.C., Tung T.H. Effectiveness of Yoga Interventions in Breast Cancer-Related lymphedema: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. 2019. Vol. 36. P. 49-55. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.05.004.
21. Xie Y., Collins W.J., Audeh M.W., Shiao S.L., Gottlieb R.A., Goodman M.T., Merz C.N., Mehta P.K. Breast Cancer Survivorship and Cardiovascular Disease: Emerging Approaches in Cardio-Oncology. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2015. Vol. 12. P. 60.

**Одинець Тетяна Євгенівна**

Хортицька національна академія  
м. Запоріжжя, вул. Наукового містечка, 59, 69700, Україна  
e-mail: tatyana01121985@gmail.com, тел. +38(096)3478523

**Коломійченко Олег Юрійович**

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26, 65000, Україна